

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

## **Estrés postraumático continuo en un adolescente abusado.**

Quiroga, Susana Estela y Grubisich, Griselda.

Cita:

Quiroga, Susana Estela y Grubisich, Griselda (2011). *Estrés postraumático continuo en un adolescente abusado. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/240>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CONTINUO EN UN ADOLESCENTE ABUSADO

Quiroga, Susana Estela; Grubisich, Griselda  
UBACYT, Universidad de Buenos Aires

## RESUMEN

Este trabajo surge en el ámbito del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, -Sede Regional Sur- UBA. En el Programa se asisten adolescentes de 13 a 25 años y sus familias que llegan a la consulta por derivación de organismos escolares, municipales, judiciales y hospitales de la zona. Los Motivos de Consulta manifiestos más frecuentes son los llamados "problemas de conducta y de aprendizaje" detrás de los cuales se encuentran conductas de violencia hetero y autodestructivas, adicciones, conductas delictivas, abandono parental, intentos de suicidio, abuso físico, emocional y sexual. En esta exposición se muestra la tarea clínico-asistencial a través de la aplicación del dispositivo GTF. Se presenta el caso clínico de un adolescente temprano que fue abusado sexualmente y que ha padecido reiteradas situaciones traumáticas desde la primera infancia. Asimismo, se detalla el trabajo intersectorial y multidisciplinario en la derivación y seguimiento del adolescente y su familia.

### Palabras clave

Abuso sexual Psicopatología parental

## ABSTRACT

POST-TRAUMATIC STRESS IN CONTINUOUS ABUSED ADOLESCENT

Abstract: This research has been carried out in the framework of the Clinical Psychology Programme for Adolescents, Southern Branch, University of Buenos Aires (UBA). Adolescents aged 13 to 25, together with their families, all of whom are referred to consultation by schools, local governments, judicial organisms and local hospitals, are treated within this Programme. The most frequent Reasons for Consultation are the so-called "behavioural and learning problems", which encompass self-destructive and hetero-destructive violent behaviour; addictions; criminal behaviour; parental neglect; suicidal attempts; physical, emotional and sexual abuse. In this work, the clinical and welfare task is shown by using the FGT device. The clinical case of an early adolescent, who has been sexually abused and who has gone through reiterative traumatic situations since his early childhood, is presented. Furthermore, the intersectorial and multidisciplinary work done in the referral and follow-up of the adolescent and his family is recorded in full detail. Key words: Adolescence - Sexual Abuse - Parental Psychopathology -

### Key words

Sexual abuse Parental psychopathology

## Introducción

Esta exposición se realiza en el marco del Proyecto de Investigación (UBACYT 2008-2010 P049): "Análisis de Proceso y de Resultados de Terapia Grupal Focalizada de Corto Plazo para Adolescentes con Conducta Anti-social y Autodestructiva y sus Padres". En esta ocasión mostraremos la aplicación del dispositivo GTF en un material clínico de caso único, Alexis (13 años) que ha padecido reiteradas situaciones traumáticas desde la primera infancia. Asimismo, detallaremos cómo esta modalidad de abordaje, incluye el trabajo *mutidisciplinario e intersectorial* en la derivación y seguimiento del adolescente y su familia. El adolescente y su madre completaron las sesiones del *GTF para adolescentes y GTFP para padres*. La calidad del vínculo padres-hijos en la adolescencia ha sido poco estudiada en las poblaciones de alto riesgo psicosocial. En ellas, los adultos responsables de la crianza, presentan características psicopatológicas que llevan a la asunción deficitaria de los roles parentales (Quiroga, González, Pérez Caputo, 2003, 2004). Por lo tanto, no pueden brindar el *sostén intrapsíquico e intersubjetivo* necesario para el proceso de desprendimiento que conduce desde la infancia, hasta el ingreso en la adultez. Se ha observado también, que la desorganización familiar presenta un entramado vincular específico que obstaculiza la salida exogámica. En particular, como sostiene Quiroga (1998) que... "el predominio de conflictos de índole narcisista en los padres, promueve en los hijos una posición *masoquista del yo, que favorece la presencia de conductas autodestructivas durante la adolescencia*". En el siguiente apartado describiremos las características y objetivos de los *Grupos GTF y GTFP*.

## Grupo de Terapia Focalizada con Adolescentes-GTF

Esta técnica de abordaje se implementó a partir del alto riesgo de deserción que se presenta en el inicio del tratamiento. El GTF es un dispositivo de diagnóstico y tratamiento con orientación psicodinámica que funciona como grupo cerrado y patologías heterogéneas, con exclusión de organizaciones delirantes. Se incluyen *adolescentes pertenecientes a la misma franja etaria, con una estructura psíquica propia de esta etapa y similar nivel educativo*. Además, se administran cuestionarios pre-post test para evaluar *cambio psíquico*. El proceso se completa en diez (10) sesiones, con la frecuencia de una sesión semanal y una hora y media de duración. La primera y la novena sesión es multifamiliar. Con los adolescentes, entre la segunda y octava se trabajan los

siguientes objetivos específicos: a) *describir y comprender* el motivo de consulta, b) *esclarecer* los patrones de interacción en el funcionamiento grupal, c) *explicar* las dificultades del grupo para respetar el encuadre, d) *detectar* la adaptación a este encuadre e) *evitar* la transgresión a los límites, f) *describir y comprender* la composición familiar, g) *trabajar* las manifestaciones sintomáticas del adolescente en relación con los vínculos familiares, h) *detectar* el grado de funcionamiento psíquico. En la décima sesión se realiza una entrevista de evaluación con cada adolescente y su familia. Si se lograron los objetivos esperados ingresan a un *Grupo de Terapia de Largo Plazo* (GTLP).

### **Grupos de Terapia Focalizada para Padres**

Los *GTFP* funcionan de manera paralela y simultánea con los *GTF*. La conformación de los mismos, se efectúa de acuerdo con el diagnóstico de sus hijos y se realiza una evaluación diagnóstica del padre que acompaña al adolescente. El diagnóstico estructural de los adultos ha permitido detectar trastornos severos de la personalidad, tales como conductas antisociales, depresiones significativas, adicciones, y organizaciones psicóticas. El conocimiento del diagnóstico parental resulta importante para la puntualización de las intervenciones terapéuticas que favorezcan la comprensión de las consecuencias traumáticas que sus acciones produjeron y producen en la constitución subjetiva de sus hijos. Los objetivos específicos para *GTFP* son: a) *describir y comprender* el motivo de consulta o “conciencia de enfermedad” de sus hijos, b) *describir y comprender* la composición familiar actual, c) *trabajar la implicancia de los padres* en la problemática de sus hijos, d) *establecer algún tipo de conexión* entre la trama vincular familiar y la problemática del adolescente, e) *detectar* el desempeño de roles en la historia familiar, f) *comprender* el funcionamiento grupal en la transferencia y en la historia familiar que incluye la variable transgeneracional, g) *detectar* modos de vinculación familia-medio circundante que comprende la familia extensa, la escuela y el trabajo, h) *trabajar* la relación del síntoma del hijo dentro de la dinámica familiar. El tratamiento en forma paralela con los adolescentes y con sus padres permite abordar el “aquí y ahora” que motiva la consulta, en correlación con la dimensión transgeneracional. Desde esta dimensión lo que se transmite de una generación a otra son vivencias traumáticas que han permanecido sin elaborar, como duelos patológicos o/y secretos familiares que irrumpen en el psiquismo en generaciones posteriores sin posibilidad de elaboración (Granjon 1990, Kàes, 1996)

### **El Grupo de Terapia Focalizada como dispositivo propiciador de la creación y ampliación de Redes Sociales**

En un alto porcentaje (90%) de las consultas, los adolescentes, llegan derivados por otras instituciones: municipales, judiciales, educativas y ONGs entre otras. Aunque los adolescentes son derivados en forma indivi-

dual se van agrupando en el dispositivo *GTF*, donde se detectan otras problemáticas que no fueron explicitadas en el Motivo de Consulta. Estas dificultades están relacionadas con situaciones de índole biopsicosocial. En todos los casos nuestro equipo establece una comunicación directa con los distintos actores mencionados. Para tal fin, hemos implementado múltiples recursos: **a)** *realización de reuniones intersectoriales*, **b)** *talleres de capacitación*, **c)** *entrevistas con jueces y con profesionales de la salud*, **d)** *confección de instrumentos que articulan la comunicación entre los diversos sectores*, (por ej. *ficha de derivación y certificados de concurrencia, informes a los jueces y orientadores educacionales*), **e)** *socialización de la información, mediante la creación de una red de correo electrónico*. Este intercambio *multi-disciplinario e intersectorial* apunta a crear y ampliar las *redes comunitarias* de contención. Desde un punto de vista psicoanalítico, Quiroga y Cryan (2010) sostienen que la conformación de estas redes sociales funciona como una envoltura psíquica (Houzel, 1987) que al modo de un “yo piel” (Anzieu, 1974) protege y contiene las fallas en la constitución psíquica y la exposición a situaciones potencialmente traumáticas. Hasta aquí expusimos nuestra modalidad de abordaje psicoterapéutico y relatamos sucintamente los motivos que nos llevaron a estas innovaciones técnicas. Antes de abordar el material clínico, haremos una breve referencia al marco conceptual que sustenta nuestra práctica.

### **1- Concepto de Adolescencia**

En la adolescencia, la aparición de un nuevo elemento evolutivo, la pulsión genital, impone al yo un desafío que exigirá transformaciones psíquicas. Desde este punto de vista la adolescencia implica un nuevo pasaje en la *constitución de la subjetividad*. El concepto de adolescencia con el que trabajamos es el propuesto por Quiroga (1998, pág 16) “*El proceso adolescente es esencialmente un proceso de cambio y, por tal razón, de transición. Tanto para el adolescente como para su familia, es el momento de la vida en que se presentan más problemas nuevos y con menos tiempo para resolverlos que en cualquier otro período anterior de su vida. Su aparición adulta le requiere que actúe como tal, cuando aun no tiene recursos psíquicos para hacerlo.*” Por lo tanto, el advenimiento de una configuración psíquica saludable en el hijo, al finalizar la adolescencia, dependerá de la capacidad de los padres para sostener afectivamente el proceso de separación inherente a este momento vital y la elaboración del duelo concomitante a ella. La relación entre los procesos de duelo y el desarrollo de trastornos severos de la personalidad es enfatizada por Steele; Siever (2010) que sostienen que las madres con personalidad borderline, presentan duelos no elaborados como consecuencia de situaciones traumáticas preexistentes.

### **2- Concepto de trauma**

Las fallas en el desempeño de la función parental exponen al niño y al adolescente a situaciones traumáticas.

Freud (1910a[1909]) nos advierte que la situación traumática no está determinada por una única vivencia de displacer, sino que confluyen en ella, reiterados *traumas psíquicos* que Khan (1963) denomina *trauma acumulativo* almacenados silenciosamente como consecuencia de fallas en la función materna. Ferenczi (1933), ubica el trauma como efecto de una “confusión de lenguas” en la comunicación entre el niño y el adulto. Balint (1969) llama “*falta básica*” al desajuste empático entre la madre y el niño, que se incorpora a la estructura del Yo. Green (1972) vincula el trauma con un aspecto negativo, como algo que no ocurrió a causa de la falta de respuesta materna. Sugiere que en las patologías severas es más significativo el conflicto entre presencia-ausencia del objeto, que el atributo bueno o malo que este posea. Kohut (1971) propone que en los *estados traumáticos crónicos* (trastornos narcisistas de la personalidad y trastornos narcisistas de la conducta) el self se fragmenta como consecuencias de las fallas del medio empático. El trauma está determinado por la intensidad afectiva (déficit o exceso) y no por el contenido. Los momentos de mayor vulnerabilidad frente a lo traumático, son para Kohut, aquellos en los que se adquiere un nuevo equilibrio en la organización del self como en la adolescencia. La protección ejercida por la madre como resguardo frente al desvalimiento infantil ha sido enfatizada, también por Anzieu (1998) que expresa: “*la pulsión de apego de cualquier pequeño a su madre es más difícil de satisfacer... y se manifiesta en las angustias intensas... de falta de objeto soporte y en un desamparo calificado de originario*”.

Desde la perspectiva de las neurociencias, MacLean (1990) ubica el *trauma psicológico* en la región más primitiva del cerebro, llamada *complejo reptiliano* ligada a los procesos inconcientes. En él se procesan experiencias primarias, no verbales, de aceptación o rechazo. Es responsable de organizar las funciones automáticas para la supervivencia llamadas homeostasis y por lo tanto, tales sujetos presentan deficiencias en el sentir y en el pensar.

### **Presentación del material clínico- Alexis y su Composición Familiar**

Alexis, de 13 años edad, es derivado por el Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos del Niño. Es el único hijo de la pareja conformada por Ramón (mecánico) de 39 años y Mónica (ama de casa) de 35 años. Cursa 7mo grado por segunda vez. Desde los 13 años Alexis está viviendo con su madre Mónica, su padrastro Alberto y su hermano Guido de 8 años, (hijo de ambos) Los tres últimos padecen SIDA. Hasta ese momento, residía con su familia paterna en una localidad provincial. El padre es descripto como una persona violenta que golpeaba a su mujer y a su hijo desde el nacimiento. Alexis sufrió reiteradas mudanzas, en cada una de ellas, cambió de grupo familiar y de escuela. Acerca de la separación de su hijo, Mónica cuenta que el padre “le sacó al hijo”, a los 5 años, “se lo llevó” a un pueblo y no volvió a verlo hasta los 12 años cuando después del

abuso, el padre decidió “devolverlo” a la madre.

### **Motivo de consulta**

Alexis concurre a la entrevista de admisión, acompañado por su madre. El motivo de consulta es *abuso físico, emocional y sexual* por parte de su padre y otros integrantes de la familia paterna. Alexis relata que su padre abusó sexualmente de él a los 12 años con la participación de la nueva pareja que instigaba al padre a continuar con el abuso e inducía a Alexis a tocar el pene a su hijo. “*Después yo me hacía popó encima y una vez vino con sangre, (después de eso...) Cuando contaba “lo que me hacía” me trataban de mentiroso.*” También comenta que trata de olvidar lo que pasó pero tiene *pesadillas* donde teme hacerle lo mismo a su hermano y que su madre lo abandone. Cuando se despierta sobresaltado por las pesadillas, Alexis manifiesta ideas de suicidio y/o amenazas de atentar contra la vida de sus familiares. Le contó a la madre el abuso cuando ella lo amenazó con llevarlo nuevamente con el padre. A raíz de ello, la madre se dirigió al organismo municipal, el cual realizó la derivación a nuestro Servicio. Peritos médicos y psicológicos confirmaron el abuso y efectuaron la denuncia a la Justicia donde se abrió un expediente con la intención de sancionar al padre. Esto aún no ha ocurrido por lo cual Alexis siente que lo están engañando.

### **Ingreso a Grupo de Terapia Focalizada (GTF)**

Alexis concurre a todas las sesiones del dispositivo GTF. En la primera sesión cuenta el abuso sexual con cierta exhibición y desestimación del afecto no frecuente en los pacientes abusados. Durante las primeras sesiones habla solamente de los abusos padecidos, Relata que su papá y su abuela paterna le pegaban, lo obligaban a robar y a realizar otras conductas aberrantes (por ej. besarle el trasero o los pies a su abuela). A veces, su relato es confuso o tiene características de falso self ya que parece repetir discursos de adulto como si fueran propios. Aunque Alexis establece vínculos con todos los miembros del grupo GTF y pregunta por ellos cuando no concurren, también realiza comentarios descalificadores sobre sus compañeros. Le cuesta escuchar a otros, habla por encima de ellos y establece diálogos paralelos. Se enoja cuando algún integrante cuenta algo que él “no considera importante” por ejemplo “*si un chico fue violado o eso...*” El señalamiento de este discurso como defensivo hizo que aparecieran otros temas relacionados con problemáticas familiares, de aprendizaje, peleas con pares y su enamoramiento de una joven de 19 años. Dice que viene para “*no hacer lo mismo*” y para que “*no le pase a otro chico*”. También comenta que: “*mirando canal 7, que muestra los Derechos del Niño, yo me di cuenta que lo que hacían conmigo, no estaba bien. Lo miraba todas las noches, pero cuando le decía a mi papá y a mi abuela, me trataban de mentiroso*”. “*Yo quería que me llevaran con mi mamá*”. Alexis reitera sobre este tema aunque no menciona episodios importantes, como que luego de una pesadilla se levantó y amenazó a los miembros de la fa-

milia con un cuchillo diciendo que los iba a apuñalar y luego suicidarse. En ese tiempo se negaba a ir al colegio, no quería hacer nada, dormía vestido, no iba a la iglesia, y la madre, por "miedo a que la matara", no le decía nada. Consultó con una psiquiatra que diagnosticó "un brote" y que si pasaba otra vez llamara al 911. Cuando se le pregunta a Alexis por este acontecimiento acepta que ocurrió y que cuando tiene ese sentimiento se quiere matar. En este momento, además de continuar el GTF se introducen otras técnicas como entrevistas vinculares con su madre, citación al padrastro (que nunca concurre) entrevistas con la psiquiatra derivante. El GTF sirvió para que surgieran otros datos importante como una hermana de 12 años hija de una pareja posterior del padre, que también fue abusada por él y de la cual Alexis no quiere saber, desestimando así su pensar, aunque agrega: "*Mi papá capaz tiene veinte hijos, si es mujeriego y ladrón...*".

### **Análisis del material clínico**

En primer término nos referiremos a las características psicopatológicas de ambos padres. A partir de lo relatado por Alexis y su madre, se infiere que el padre presenta una organización perversa de la personalidad con conductas antisociales. La madre presenta, por un lado, conductas autodestructivas y es pasiva y abandonante ante la sustracción del hijo. Por otro, muestra intentos de "engolfamiento" (Mahler, 1975) del hijo cuando descalifica los intentos exogámicos de Alexis. Cuando se le preguntó que había hecho para recuperar a su hijo contestó: *¿sabés lo que es que te pongan un arma en la cabeza, te persigan y te golpeen?...* Mónica se victimiza y se muestra desorganizada e incongruente tanto en la cronología de los sucesos -persiste la fragmentación del tiempo y el espacio- como en el contenido de sus narrativas, que por momentos adquieren un sesgo "deliroide". Estas características obligan al terapeuta a *confrontar* a Mónica con sus contradicciones y pedir mayor *clarificación* acerca de los hechos narrados (Kernberg, 1984). En la forma narrativa se observa el uso de muletillas ("*que esto, que lo otro*", "*así que*" y "*no sé*") con la intención de establecer nexos que otorguen sentido a la profusión catártica de los sucesos traumáticos que narra y que permanecen fragmentados en su mente. Por momentos, la palabra no tiene intención de comunicar, sino que es un "acto" de expulsión, proyectivo, de descarga, Mónica manifiesta: "*yo le digo a Alexis, descarga con los psicólogos yo los uso para descargar, acá...*" La psicopatología materna se corresponde con una organización limítrofe (*borderline*) de la personalidad, que presenta: alto impacto traumático, pobre control de sus impulsos predominio de mecanismos de defensa primitivos- desmentida y desestima- baja autoestima, desesperanza y fallas en el proceso de simbolización. Sus relaciones interpersonales son conflictivas, con peleas recurrentes y sentimientos de desconfianza.

Esta psicopatología parental condujo a Alexis al padecimiento de un estrés postraumático continuo, donde no hay espacio para los duelos y que dio origen a una frag-

mentación básica en la constitución de su subjetividad. Sin embargo, esta posible inestabilidad de su yo, contrasta con un aspecto relativamente organizado cuando por ejemplo, en lugar de actuar, sueña o tiene pesadillas o cuando logra controlar sus impulsos organizando sus capacidades cognitivas sobre todo para proteger al objeto. Esta organización de su yo, aunque precaria y en riesgo, lleva a inferir que algunas figuras de su entorno han servido de modelos de identificación continentales que permitieron instaurar un Superyo relativamente protector que, hasta el momento, inhibe el pasaje al acto. En este mismo sentido, las pesadillas son un intento frustrado de elaborar el acontecimiento traumático mediante un mecanismo neurótico. La capacidad para comprender que el comportamiento de su padre y su abuela fue inadecuado, indica que Alexis, por momentos, puede reflexionar acerca de su dolor. Este aspecto "reflexivo" coexiste con posibles conductas impulsivas (amenazas de suicidio-homicidio-actuación perversa) que trascienden las esperadas para la adolescencia temprana. La figura materna es idealizada en tanto desmiente sus propios pensamientos de cuestionamiento hacia la pasividad materna abandonante que no lo rescató del padre abusador.

### **Conclusiones**

El material clínico presentado parece un "caso inverso" a la patología que presentan aquellos adolescentes que han estado expuestos a sucesos traumáticos, abusos y maltratos continuos, que suele ser la *desmentalización*. Alexis sueña en lugar de actuar, intenta reflexionar sobre lo acontecido, piensa y se conecta con otros, en lugar de desarrollar conductas narcisistas y perversas, características de estas familias. Manifiesta el deseo de seguir una carrera que lo alejaría de su ambiente primario desestructurante. Este aspecto más organizado de su yo contrasta con un mecanismo de defensa extremo, como la desestimación del sentir frente a los traumas sufridos. En esos casos su relato se torna catártico e invasivo hablando por encima de los otros, o adoptando un rol superyoico que, sin embargo, no resulta rechazado por sus pares. El trabajo en el *GTF* sirvió para focalizar sobre la necesidad de cambiar la "identidad de abusado", rol pasivo que él esgrimía como defensa frente a una madre abandonante que describe como idealizada. En su pasividad, Alexis se identifica con una madre también pasiva frente a los traumas: mujer golpeada, despojada de su hijo, amenazada de muerte, enferma de SIDA. Por otro lado, ejerce el rol activo, cumpliendo una función de pareja adulta, incestuosa, cuidando a la madre cuando "se deja morir" al no tomar los remedios para el SIDA con el peligro de ser nuevamente abandonado. El narcisismo mortífero materno impide que Alexis desarrolle el narcisismo saludable que todo adolescente necesita para separarse de las figuras parentales y crecer. El invertir con mayor energía psíquica el objeto abandonante lo conduce a una desinversión de las pulsiones de autoconservación de su propio yo, necesarias por ej. para el aprendizaje. Por lo tanto, el

GTF sirvió para clarificar la necesidad de transformar su "identidad de abusado" para profundizar en la identidad adolescente y crear las condiciones para la salida exogámica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anzieu, D (1998) El Yo-Piel Biblioteca Nueva Madrid.
- Balint, M (1969) La Falta Básica Editorial Paidós.
- Ferenczi, S (1933) Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. O.C.Vol IV Espasa-Calpe.
- Freud, S (1905d) Tres ensayos de teoría sexual AE VII.
- Freud, S (1910a[1909]) Cinco conferencias sobre psicoanálisis AE XI.
- Granjon, E (1990) citado en Garrido, M; Espina, A Terapia familiar aportaciones: psicoanalíticas y transgeneracionales.
- Green, A (1972) De Locuras Privadas. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Houzel, D (1987) EL concepto de envoltura psíquica. Las envolturas psíquicas. Amorrortu Buenos Aires.
- Kaës,R (1996) Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Amorrortu Editores.
- Kernberg, O (1987) Trastornos Graves de la personalidad Ed . El manual moderno.
- Khan, M (1963) El concepto de trauma acumulativo. En La Intimidad del sí mismo. Ed. Saltés.
- Kohut, H. (1971): Análisis del self. Amorrortu Editores.
- MacLean, P. (1990). The triune brain evolution. New York: Plenum Press.
- Mahler, M (1975)El nacimiento psicológico del infante humano. Marymar.
- Quiroga, S (1998) Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto. Eudeba.
- Quiroga, S Cryan G (2010)"Aportes de la Investigación en Psicología Social con impacto en el abordaje de problemáticas de Salud, Trabajo, Educación o Justicia". Premio Fac. de Psicología.
- Quiroga,S el al (2003) "Prevención de la deserción a la consulta psicológica. Inclusión de nuevas técnicas para favorecer la eficacia terapéutica." Memorias de la X Jornadas de Investigación. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Tomo I pp. 66-68.
- Steele H; Siever L (2010) "Una perspectiva desde el apego en el trastorno límite de la personalidad: avances en las consideraciones en la relación genes-ambiente." Revista: Curr Psychiatry Rep Department of Psychology. New School for Social Research, New York, USA.